

# Patientenverfügung

Ich, \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**bestimme hiermit für den Fall,**

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar **im unmittelbaren Sterbeprozess befinde**

**1. folgendes:**

- Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z.B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf **natürliche Weise** gestillt werden, gegebenenfalls auch durch Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme.
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf **natürliche Weise** gestillt werden, gegebenenfalls auch durch Hilfestellung bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.
- Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
- Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.
- Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
- Es sollen keine Antibiotika mehr verabreicht werden.

- Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.
- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung nicht durchgeführt werden können.
- Wenn möglich, möchte ich zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.
- Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgende/s Krankenhaus/Hospiz/Pflegeeinrichtung eingeliefert werden:

---



---

**2. Ich besitze einen Organspendeausweis und habe darin meine Bereitschaft zur Spende meiner Organe und Gewebe erklärt:**

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

**3. Ich möchte Beistand durch:**

- folgende Person/en:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

- 4. Ich habe zusätzlich eine Betreuung/Vorsorgevollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.**

**Mein/e bevollmächtigte/r Vertreter/innen ist/ sind:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

**6. Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin (notwendig)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

**Bitte bedenken Sie:**

Ihre Einstellungen und Situation können sich ändern. Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder insgesamt widerrufen. Bitte prüfen Sie in regelmäßigen Abständen die Festlegungen in Ihrer Patientenverfügung.